



## Jeg overlevde kreften – hva nå?

Hvordan kan *opplevelse av sammenheng* bidra til mestring av ny hverdag etter vellykket behandlingsforløp for kvinner med brystkreft?

Kandidatnummer: 1002

Bacheloroppgave  
Bachelor i Sykepleie  
Kull: 11SYKHEL

Antall ord: 10 791  
Dato: 13. Mars 2014

## **Forord**

*«Livet er ikke slutt den dagen du blir rammet av kreft. På mange måter er det da det begynner. Kjemp for alt det du har kjær.  
Et liv måles ikke i antall år, men i antall levende øyeblikk.»*

- Klara Høiseth Slettemoen 2007

## Sammendrag

Formålet med denne oppgaven var å se hvordan en kvinne kan mestre en ny hverdag etter et vellykket behandlingsforløp for brystkreft. Benyttet metode er tekstanalyse basert på selvbiografien *Gå med hele ditt hjerte* av Klara Høiseth Slettemoen (2007). Funnene er kategorisert etter Aaron Antonovskys begrep *opplevelse av sammenheng*, og tar for seg hvordan Klara opplevde behandlingsforløpet som begripelig/ubegripelig, håndterbart og meningsfullt. Bevissthet omkring informasjonsbehov, det å innta en aktiv rolle, bearbeiding av inntrykk og følelser, vendepunkt til ny hverdag, arbeid, framtidshåp og omsorg underveis i behandlingsforløpet viser seg å være av stor betydning for pasientens evne til mestring i møte med den nye hverdagen. Dette er drøftet opp mot teori om blant annet forventninger omkring identitet og roller, sykdommens konsekvenser, forskning om overlevelse og sykepleieteori. Oppgaven peker på betydningen av at sykepleier i sin yrkesutøvelse tilrettelegger for å styrke pasientens *opplevelse av sammenheng*.

# Innholdsfortegnelse

<b>1 Innledning</b>	<b>5</b>
1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema og problemstilling	5
1.2 Avgrensing og presisering	6
1.3 Begrepsforklaring	7
1.4 Oppgavens disposisjon	7
<b>2 Teori</b>	<b>8</b>
2.1 Brystkreft	8
2.2 Kreftoverlevende	8
2.3 Psykiske og fysiske utfordringer hos kreftoverlevende	9
2.3.1 Behandling og bivirkninger	9
2.3.2 Identitet og roller	10
2.3.3 Sårbarhetsfaktorer	10
2.4 Syk eller frisk?	11
2.5 Teoretiske perspektiv på helse og mestring	12
2.5.1 Aaron Antonovsky	12
2.5.2 Patricia Benner og Judith Wrubel	13
2.6 Aktuell forskning	15
<b>3 Metode</b>	<b>17</b>
3.1 Valg og begrunnelse	17
3.2 Tekstanalyse	17
3.3 Presentasjon av litteratursøk	19
3.4 Metodekritikk	20
3.4.1 Førforståelse	20
3.4.2 Fordeler	20
3.4.3 Ulemper	20
3.5 Kildekritikk	20
3.6 Etske overveielser	21
<b>4 Funn</b>	<b>22</b>
4.1 Hva bidrar til at Klara opplever situasjonen som begripelig/ubegripelig?	22
4.1.1 Informasjonsbehov	22
4.1.2 Å leve i uvisshet	23
4.2 Hva bidrar til at Klara opplever situasjonen som håndterbar?	23
4.2.1 Opplevelse av innflytelse	23
4.2.2 Mestring og bearbeidelse	24
4.2.3 Vendepunkt til ny hverdag	24
4.3 Hva bidrar til at Klara opplever situasjonen som meningsfull?	25
4.3.1 Arbeid	25
4.3.2 Framtidshåp og nytt perspektiv	25
4.3.3 Omsorg	26
<b>5 Drøfting/analyse</b>	<b>27</b>
5.1 Hvordan begripe en ny hverdag?	27
5.1.1 Informasjonsbehov	27
5.1.2 Syk eller frisk?	28
5.1.3 Helsepersonellens påvirkningskraft	30
5.2 Hvordan håndtere en ny hverdag?	31
5.2.1 Opplevelse av innflytelse	31
5.2.2 Mestring og bearbeidelse	31
5.2.3 Vendepunkt til ny hverdag	33
5.3 Hvordan gi mening til en ny hverdag?	34
5.3.1 Arbeid	34
5.3.2 Framtidshåp og nytt perspektiv	35
5.3.3 Omsorg	35
<b>6 Konklusjon</b>	<b>37</b>
<b>Litteraturliste</b>	<b>39</b>

# 1 Innledning

Brystkreft hos kvinner forekommer oftere i dag enn tidligere, men færre dør av sykdommen (Normannvik 2014). Risikoen for å få en kreftdiagnose har fordoblet seg de siste 50 årene, hvor sjansen for å få spesifikt brystkreft også har økt. Norsk statistikk viser at 1 av 12 kvinner vil få brystkreft før fylte 75 år. Til tross for den økte risikoen, har dødeligheten grunnet kreft holdt seg relativt stabil, til og med vist en svak nedgang de siste årene for begge kjønn. Årsaken til dette kan være forbedring av diagnostikk og behandling, samt at den norske befolkning blir eldre. Ved utgangen av 2010 var i overkant av 207 000 personer i live etter å ha fått en kreftdiagnose. 37 000 av disse var brystkreftammede (Loge et al. 2013:23). Dette utgjør hele 30,2 % av alle kvinnelige kreftoverlevende, og vitner om viktigheten av å rette fokus mot denne pasientgruppen.

En brystkreftdiagnose kan utfordre det fysiske og det psykiske hos et hvert menneske, og stiller krav til tilpasning av nye roller i en ny hverdag. Peter Hjort definerer helse som «overskudd i forhold til hverdagens krav.» (Kristoffersen 2011a:50). Relevant forskning omkring temaet setter lys på at mange brystkreftoverlevende har problemer med å tilpasse seg den nye hverdagen, da diagnosen og behandlingsforløpet setter sine spor på opplevelsen av livskvalitet (Salonen et al. 2010). Denne oppgaven gir et innblikk i hva brystkreftbehandling kan gjøre med en kvinne, og tar utgangspunkt i erfaringer formidlet gjennom en valgt forfatters selvbiografi. Hvordan kan pasienten hjelpes til å ha overskudd til å møte hverdagen igjen etter å ha blitt erklært frisk?

## *1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema og problemstilling*

Sykepleieren møter ofte pasienter som har eller har hatt kreft, og som da har vært utsatt for store påkjenninger. Å ha kunnskap om hvordan forebygge unødig stress og å iverksette tiltak som fremmer mestring er derfor svært sentralt (Kristoffersen 2011b:133). Jeg ønsker å utvide min kunnskap om kreft og dens konsekvenser, samt å belyse kunnskap om mestring og dens betydning i overgangen til hverdagen. Å forstå hvordan mennesker erfarer sykdom kan for helsearbeidere være like viktig som å forstå de biologiske mekanismene (Ingstad 2013:55). Derfor ønsker jeg å ta utgangspunkt i pasientens subjektive opplevelse av situasjonen.

Begrunnelsen for valg av problemstilling bunner i Aaron Antonovskys teori om at en sterk *opplevelse av sammenheng* øker personens generelle motstandsressurser overfor nye påkjenninger (Antonovsky 2000:49). Begrepet *Opplevelse av sammenheng* sier noe om hvordan du forstår, håndterer og gir mening til en situasjon. Summen av disse faktorene oppsummeres i ordet *sammenheng*. Da sykepleier stadig står overfor mennesker i livssituasjoner preget av endringer, trusler og tap er det særlig viktig å ha kunnskap om forholdene Antonovsky tar for seg (Kristoffersen 2011a:51). Målsetninger i mange områder av helse- og omsorgssektoren er også det å mestre eget liv (Kristoffersen 2011b:133). Ut fra et pasientperspektiv ønsker jeg å bidra til økt kunnskap om hvordan pasienters *opplevelse av sammenheng underveis* i behandlingsforløpet kan påvirke møte med nye påkjenninger i hverdagen etter kreftbehandling.

**Valgt problemstilling er som følgende:**

*Hvordan kan opplevelse av sammenheng bidra til mestring av ny hverdag etter vellykket behandlingsforløp for kvinner med brystkreft?*

Mange kvinner som rammes av brystkreft får utfordrende beskjeder, gjennomgår tøffe behandlinger og overlever. At de i etterkant sier de er takknemlige for å ha gjennomgått alt dette, fascinerer meg og inspirerer meg til å skrive denne oppgaven. Hvilke erfaringer kommer frem som nyttig livsvisdom etter at kvinnene har blitt friske? Vil det føles som en seier å vinne kampen, eller vil de dype sporene etter kampen gjøre at seieren ikke smaker like godt? Vil det være mulig å leve livet på samme måte som før? Vil kvinnene leve livet på samme måte som før? Og hvordan kan sykepleier tilrettelegge for god helse i denne prosessen?

## ***1.2 Avgrensing og presisering***

Jeg har valgt tekstanalyse av selvbiografi som metode. Forfatteren skriver om tanker og følelser underveis i diagnostisering- og behandlingsforløpet. Hun skriver ikke direkte om hverdagen etterpå, men derimot om viktige livserfaringer hun uttrykker ønske om å bringe med seg videre i livet. Sistnevnte er begrunnelse for valgt fokus på tiden etter vellykket behandlingsforløp. Det gir meg mulighet til å videreføre funnene og bruke forfatterens innsikt og erfaringer som inspirasjon og kunnskap til å drøfte hvordan dette kan benyttes i tilbakevendelse til hverdagen.

Dette vil gi mulighet til fordypning av betydningen av erfaringsbasert læring, opplevelse av sammenheng, forventninger til roller og identitet samt opplevelse av mestring.

Om pasienten har gjennomgått brystbevarende kirurgi eller fjernet hele brystet tar jeg i denne oppgaven ikke stilling til. Jeg ønsker heller å se hvordan generell kreftbehandling kan påvirke pasientens møte med ny hverdag.

Oppgaven er begrenset til de subjektive opplevelsene gjennom behandlingsforløpet. Det kunne vært spennende å sett pårørendes perspektiv på denne prosessen. Grunnet oppgavens omfang har jeg utelukket dette.

### *1.3 Begrepsforklaring*

**Kreftoverlevende:** Personer som tidligere har fått minst en kreftdiagnose og er i live (Loge et al. 2013:17).

**Seneffekter:** Bivirkninger som varer mer enn et år etter avsluttet behandling, eller negative følger av behandlingen som debuterer etter ett år eller mer. Noen seneffekter kan vise seg først etter mange år etter avsluttet behandling. Noen eksempler på seneffekter er kronisk trøtthet, lymfødem, angst, kroniske skjelett- og muskelsmerter og konsentrasjonsproblemer (Loge et al. 2013: 44, 52-56).

### *1.4 Oppgavens disposisjon*

I kapittel to presenteres oppgavens teorigrunnlag, med vekt på fakta om brystkreft, behandling og bivirkninger, og beskrivelser av ulike relevante teorier og forskning. I tredje kapittel skriver jeg om valgt metode hvor jeg også legger frem metode- og kildekritikk. Presentasjon av relevante sitater fra boka *Gå med hele ditt hjerte* utgjør funndelen i 4. kapittel, som deretter analyseres og drøftes opp mot teori og forskning i kapittel 5. I kapittel 6 presenteres en konklusjon.

## 2 Teori

I denne delen vil oppgavens teorigrunnlag presenteres. Jeg vil gå nærmere inn på temaene brystkreft, behandling og hvilke konsekvenser dette kan ha for pasienten, og presentere vesentlige teorier jeg bygger oppgaven på. Forskning presenteres til slutt.

### 2.1 Brystkreft

«Kreftsykdom innebærer at celler vokser ukontrollert og raskt, og kroppen er ikke i stand til å stanse veksten.» (NEL 2013). Brystkreft er den klart hyppigste formen for kreft hos kvinner, både nasjonalt og internasjonalt (Sørensen og Almås 2011:439). I 2011 fikk 3122 mennesker i Norge brystkreft hvor 3094 av disse var kvinner (Normannvik 2014). Brystkreft er en ondartet svulst i brystkjertelen. Uten å kunne fastslå årsaker, utenom påviste spesifikke genforandringer, nevnes noen disponerende faktorer: kjønn – kvinne, alder (risikoen øker med alderen), tidlig menstruasjon, sen menopause, overvekt, slektshistorie med brystkreft, sen graviditet, tidligere sykehistorie (kreft i ett bryst øker risikoen for kreft i det andre brystet). Kreftcellene infiltrerer lokalt, men kan også rive seg løs og gi spredning til lymfeknuter i armhulen, omkring kragebeinet eller bak brystbeinet. Spredningen kan også forekomme via lymfebaner, som øker risikoen for fjernspredning til skjelettet, lungene og leveren (Sørensen og Almås 2011:440).

### 2.2 Kreftoverlevende

Følgende tall og teorier om kreftoverlevende er presentert i fagboken *Kreftoverlevende* (Loge et al. 2013), og er begrenset til det nasjonale. 88,7% av kvinnene som ble rammet av brystkreft i årene mellom 2006-2011 hadde 5 års relativ overlevelse. Relativ overlevelse defineres som «overlevelsen til en pasientgruppe i forhold til overlevelsen til en tilsvarende gruppe i den norske befolkningen med samme alders- og kjønnssammensetning.» (Loge et al. 2013:21). Prosentene sier altså noe om at andelen av brystkreftoverlevende er stor i forhold til overlevende av andre typer kreft. Dette kan ha sin forklaring i at de rammede er relativt unge, slik at de har lengre forventet levetid uavhengig av kreftsykdommen. Det at brystkreft er hyppig og har et relativt høyt overlevelsestall kan også spille inn. Å være en kreftoverlevende kan innebære opplevelse av å være kurert, til tross for at kreften ofte setter spor på arbeidsevne, gir seneffekter og stiller store krav til tilpasning.



Kreftbehandling som strålebehandling og visse typer cellegift øker risikoen for utvikling av ny krefttype. Dette er en uviss faktor kreftoverlevende må forholde seg til i ettertid (ibid.:21, 48).

## ***2.3 Psykiske og fysiske utfordringer hos kreftoverlevende***

Dette kapittelet vil presentere psykiske og fysiske utfordringer som følge av brystkreftbehandling og bivirkninger, sett i lys av teori om identitet og roller samt sårbarhetsfaktorer.

### **2.3.1 Behandling og bivirkninger**

Å få en kreftdiagnose vil representere et psykisk traume og utløser de samme stressreaksjoner som etter ulykker og katastrofer (Sørensen og Almås 2011:440). Kreftbehandling gir alltid bivirkninger, noe som også kan være utløsende stressfaktorer (Loge et al. 2013:56). Kirurgisk fjerning av svulsten er hovedbehandlingen, deretter får de fleste strålebehandling. Å supplere med hormonbehandling eller cellegift kan også være aktuelt. Faktorer som svulsttype, hormonømfintlighet av svulsten, eventuelle tegn til spredning, svulstens størrelse og kvinnens alder avgjør hvilken behandling som anbefales hver enkelt pasient (NEL 2013).

Bivirkninger deles inn i akutte og langvarige (kroniske) bivirkninger, også kalt seneffekter. Noen akutte bivirkninger kan være kvalme, smerter, håravfall og redusert produksjon av blodceller. Disse er oftest sterkest ved avslutning av behandlingen, men avtar gjerne noen måneder etterpå (Loge et al. 2013:44). Noen seneffekter kan være kronisk tretthet (fatigue), angst, konsentrasjonsproblemer, lymfødem, depresjon, nervesmerter eller kroniske skjelett- og muskelsmerter (Loge et al. 2013:184, Sørensen og Almås 2011:440). Hvorvidt livskvaliteten blir påvirket avhenger av behandlingsform og -lengde. Spesifisert vil en brystkreftoverlevende kanskje få økt livskvalitet etter avsluttet behandling, fordi de akutte bivirkningene gradvis reduseres. Likevel kan disse pasientene være plaget av seneffekter som stivhet og nedsatt funksjon i skulder, nakke og arm etter strålebehandling, hormonforandringer etter bruk av antiøstrogener og lymfødem grunnet skade på lymfesystemet etter kirurgi og stråleterapi (Loge et al. 2013:50-57).

### 2.3.2 Identitet og roller

Mennesker som rammes av sykdom, erfarer ofte at deres identitet og roller endres. For å hjelpe pasienter med å tilpasse seg en ny hverdag, er det vesentlig for helsepersonell å anvende kunnskaper om identitet og rolleteori, og også å ha kjennskap til pasientens identitet. De mange identitetsfaktorene gjør oss til den vi er. Kultur, helse, bosted og hva man eier er med på å definere vår identitet, som også påvirkes av andres oppfatning av oss. Vi finner oss avhengige av andres anerkjennelse for å opprettholde vår egen identitet (Ingstad 2013:126-127).

Rolle defineres som «summen av normer og forventningen om hva man skal gjøre, og hvordan man skal oppføre seg, når man er i en bestemt sosial posisjon.» (Ingstad 2013:136). Mennesker som i hverdagen opplever å "miste" sine roller forårsaket av sykdom, har behov for å bli sett i et helhetlig perspektiv. Ingstad vektlegger at helsepersonell må kartlegge og observere hvordan rollene til pasienten endres, samt hjelpe vedkommende til å utforme og utvikle nye roller (2013:143). Mead (referert fra Ekeland 2010a:200) hevder at rollebegrepet dreier seg om at vår måte å oppfatte oss selv på, våre tanker og følelser om verden, er en gjenspeiling av vår sosiale erfaring. Dette ligger til grunn for dannelsen av våre sosiale roller. Rollekonflikter oppstår når det er motstridende forventninger til en og samme rolle (intrarollekonflikter), eller når det er konflikter mellom rollene (interrollekonflikter) (Ingstad 2013:138-139).

### 2.3.3 Sårbarhetsfaktorer

Stress blir et problem når påkjenning ikke mestres, og når personens opplevelse av belastning og egen mestringskompetanse er i et misforhold (Ekeland 2010b:285). I forbindelse med kreftdiagnose er påkjenningen alvorlig og lett å identifisere. Likevel er det viktig å kjenne til kreftpåkjenningens mangesidige karakter, som rammer det fysiske, psykologiske, sosiale, familiære, økonomiske og eksistensielle (Loge et al. 2013:128). Personspesifikke sårbarhetsfaktorer er å anta som betydningsfulle for om kreftsykdommen fører til psykiske plager eller ikke. Personer som står oppi vonde hendelser i livet ved diagnostiseringstidspunktet, som skilsmisse eller arbeidsløshet, kan i høyere grad øke sårbarheten. En optimistisk livsinnstilling og tro på egne evner til å ordne opp, vil derimot bidra til å redusere risikoen for problemer.

Pasienter rammet av brystkreft har også gitt beskrivelser av negativ påvirkning på sosialt liv, seksualitet og trekker frem sosial støtte fra nettverket som vedlikeholdende for den mentale helsen (ibid.:129, 130, 156).

## 2.4 Syk eller frisk?

Hva definerer vi som sykdom, og når er man egentlig frisk? I et sosiologisk perspektiv kan innsikt i dette ha stor betydning for både enkeltindividet, for helsepersonell og for samfunnet som helhet. Hvilken sykdom pasienten har, og hvordan helsepersonell vurderer det, har stor innvirkning på den pleien som blir gitt. Det å være frisk kan betraktes som det motsatte av sykdom. Likevel er det flytende overganger mellom hva disse to tilstandene innebærer. Det er med andre ord ikke alltid graden av lidelsen, diagnosen eller alvorlighetsgraden som definerer vår opplevelse og fortolkning av sykdom. Dette tydeliggjør betydning av å se mennesket som en helhet, og ikke kun sykdommen (Ingstad 2013:55).

Tre perspektiver på sykdom er (1) *Disease*, (2) *Illness* og (3) *Sickness* (Ingstad 2013:34). *Disease* beskriver et profesjonelt perspektiv, hvor det er de patologiske forandringene som skjer i kroppen som definerer når man er syk. *Illness* er den personlige opplevelsen av sykdom, hvor den subjektive oppfatningen, uavhengig av årsak, ligger til grunn. *Sickness* er samfunnets syn på hvordan vi definerer sykdom. Hvorvidt sykdommen er sosialt akseptert avhenger av hvordan omgivelsene oppfatter situasjonen, og er ofte kulturelt betinget. De tre begrepene henger ofte sammen. Utfordringen for helsepersonell oppstår derimot når disse tre ikke samsvarer. Sykepleier må uansett yte omsorg til tross for at ikke alle begrepene foreligger samtidig (ibid.:35, 37).

## 2.5 Teoretiske perspektiv på helse og mestring

Hovedtrekk i teorier av sosiologen Antonovsky og sykepleieteoretikerne Benner og Wrubel vil her bli presentert, og er oppgavens hovedaspekt på begrepene *helse* og *mestring*.

### 2.5.1 Aaron Antonovsky

Sosiologen Aaron Antonovskys presenterer i sin bok *Helbredets mysterium* (2000) en teori som ser på helse som et kontinuerlig tilpasningsprosjekt. Han har dannet helsebegrepet «Sense Of Coherence», på norsk «Opplevelse Av Sammenheng (OAS)» basert på teorien om *salutogenese* som vektlegger *helse* framfor *sykdom* (Antonovsky 2000:31). Gjennom et salutogent perspektiv fokuserer Antonovsky på kildene til god helse, og retter fokuset mot hva det er som gjør at et menneske befinner seg i den positive enden av et kontinuum der ytterpunktene er *syk* og *frisk*, som altså «[...] går fra et godt til et dårligt helbred, og for bevægelse mod den sunde pol.» (ibid.:33). Man er med andre ord ikke enten syk eller frisk. OAS ble utviklet i forsøk på å finne en teoretisk forklaring på sammenhengen mellom helse og generelle motstandsressurser som sosial støtte og en sterk jeg-identitet (ibid.:107).

Definisjonen på OAS er som følger:

Oplevelsen af sammenhæng er en global indstilling, der udtrykker den udstrækning, i hvilken man har en gennemgående, blivende, men også dynamisk følelse af tillid til, at (1) de stimuli, der kommer fra ens indre og ydre miljø, er strukturerede, forudsigelige og forståelige; (2) der står tilstrækkelige ressourcer til rådighed for en til at klare de krav, disse stimuli stiller; og (3) disse krav er udfordringer, det er værd at engagere sig i. (Antonovsky 2000:37).

Begrepet dreier seg om enkeltmenneskets *opplevelse av sammenheng* i tilværelsen i møte med omfattende og sterke påkjenninger. Begrepet baseres på tre komponenter; (1) *begripelighet*, (2) *håndterbarhet* og (3) *meningsfullhet*. Begripelighet omhandler opplevelse av kognitiv forståelse. Faktorer som trygghet, forutsigbarhet, kontroll og visshet fremmer opplevelsen av begripelighet (ibid.:34). Håndterbarhet sier noe om i hvilken grad personen oppfatter sine ressurser som tilstrekkelige for å møte kravene som stilles i møte med utfordringer.

Opplevelse av håndterbarhet avhenger derimot av at personen forstår. Meningsfullhet handler om å finne mening i den livssituasjonen man er i, at livet er følelsesmessig forståelig, og at man opplever at situasjonen er verdt å investere energi og engasjement i (ibid.:36).

Hvorvidt en person har sterk eller svak OAS sier noe om hvor man ligger på helsekontinuumet. Personer med en sterk OAS vil, i motsetning til personer med svak OAS, i større grad være motivert til å takle stress da de har tro på at ens ressurser strekker til. En påkjenning vil i høyere grad bli sett på som en utfordring og positiv stressfaktor enn som en byrde (ibid.:164). En person med sterk OAS vil også ha sterkere tillit til sannsynligheten for at det skal gå godt enn en person med svak OAS (ibid.:35). Sterk OAS vil øke individets mulighet til å forstå sin egen situasjon, og til å finne det meningsfullt å bevege seg i en helsefremmende retning (ibid.:108). Bevissthet omkring egne følelser samt det å være i stand til å beskrive dem kan ha god innvirkning på et menneske. Følelsene kan da oppleves mindre truende (ibid.:165). Dette kan også bidra til å øke evnen til å forvandle kaos til orden og forvirring til klarhet, slik at det vil foregå en aktiv problemorientert mestringsprosess (ibid.:108). Stresshåndtering har et bedre utgangspunkt om en person oppfatter stimuli som begripelige, håndterbare og meningsfylte. Om verden oppfattes som byrdefull, kaotisk og overveldende kan dette ha negativ innvirkning på håndtering av stress. For å forstå OAS som relevant for mestring må de tre begrepene ses i sammenheng med hverandre. Teoretikeren vektlegger også at OAS ikke er en magisk løsning på alle problemer, og at få av oss har en meget sterk OAS. De med sterk OAS klarer derimot bedre å takle problemer enn de med svak OAS. OAS ses på som en grunninnstilling til verden som blir rotfestet gjennom livet, men teoretikeren påpeker også at OAS kan utsettes for midlertidig påvirkning og forandring (ibid.:162, 165, 140).

## 2.5.2 Patricia Benner og Judith Wrubel

When illness strikes, the illness and the possible ways to cope with it are understood in the light of personal background meanings, the situation, and the ongoing concern in the patient's life. (Benner og Wrubel 1989:88).

I boken *The primacy of caring* (1989) skriver sykepleieteoretikerne Patricia Benner og Judith Wrubels at stress er uunngåelig for mennesker som lever i en verden der noe er av betydning for dem. Ifølge teoretikerne oppfattes mestring som det mennesket gjør i situasjoner der det opplever stress (ibid.:62). Følelsenes betydning for effektiv mestring trekkes også frem, da følelser kobles til erfart situasjon, og tillater personen å være engasjert eller involvert i den.

Selv om følelser ikke må håndteres, kan det likevel skapes et behov for å ta tak i dem og håndtere dem. På denne måten kan pasienten delta aktivt i situasjonen og engasjere seg i tiltak for mestring for å dempe de ulike følelsene som kan oppstå (ibid.:97). Valgmuligheter for mestringsstrategier vil likevel begrense seg, fordi opplevelsen av stress springer ut fra en situasjonsforståelse som ikke kan velges fritt (ibid.:63).

Tragedier, ulykker og lidelser er et faktum i vår verden, og det er ingen vei utenom. Av den grunn innebærer dette at mennesket blir formet gjennom sine erfaringer. Teoretikerne trekker frem at personer som overlever alvorlig sykdom eller skade vil være preget av dette resten av livet (ibid.:62). Kreftpasienter som lever etter fem år vil sannsynligvis bli kalt «kurert». I hvor stor grad en person vil bli preget av å overleve en livstruende sykdom vil likevel være individuelt. Noen vil føle seg styrket av opplevelsen, og se på framtidige hverdagsproblemer som håndterbare. Andre vil føle seg sårbare grunnet det nære møtet med døden og se mindre uhell som bekreftelse på egen sårbarhet. Den eneste erfaringen som ikke er en mulighet, er derimot å se verden på akkurat samme måte som før (ibid.:61).

Sykepleiens overordnede mål beskrives som å hjelpe den enkelte med å leve ut, eller til å leve i overenstemmelse med, sine spesielle anliggender ved sykdom, tap og lidelse mot mestring og tilpasning (ibid.:62). Et viktig delmål for den enkelte vil være å mestre sin livssituasjon. Sykepleierens viktige ansvar er å kartlegge hvordan pasienten selv opplever sin situasjon, og hvilken mening han/hun tillegger den. Gjennom veiledning, tolkning av observasjoner og undervisning kan sykepleier være til hjelp for at pasienten håndterer stress på en gunstig måte. Teoretikerne understreker pleierens viktige rolle for hvordan pasienten erfarer sykdomsforløpet. Å gi profesjonell omsorg handler om å bekymre seg. Bekymring gjør sykepleier i stand til å bry seg om pasienten, som er viktig for ivaretagelse av pasient. Det menes altså at bekymring er av viktig betydning for iverksetting av nødvendige sykepleietiltak ut fra tolkede observasjoner. Gjennom å bekymre seg kan sykepleieren gjøre disse tiltakene forståelige for pasienten, og samtidig oppnå en forståelse av pasientens bekymringer for de eventuelle tiltakene (ibid.:96).

## 2.6 Aktuell forskning

I dette kapittelet presenteres tre forskningsartikler som alle har forsket på brystkreftoverlevende, men med ulikt fokus.

Den kvalitative studien *Reclaiming Life on One's Own Terms: A Grounded Theory Study of the Process of Breast Cancer Survivorship* av Sherman, Rosedale og Haber (2012) hadde som hensikt å danne en teori om overlevelsprosessen hos kvinner med brystkreft. Resultatene legger frem disse fasene som del av prosessen: erkjennelse av traume, inntakelse av aktiv rolle i sykdomsforløpet, dannelsen av nye perspektiv og aksept av en ny «normaltilstand». Kreftdiagnosen og behandlingen opplevdes som vendepunkt i livet, og stimulerte til forandring. Deltakerne definerte «survivorship» som en prosess som ble formet underveis, hvor det å selv ta en aktiv rolle i helbredelsen utpekte seg som vesentlig. Kvinnene var nødt til å oppdage en annen måte å være i verden på ved å godta integrering av kreftdiagnosen. Mange sa at de opplevde vekst i motgangen.

Document et al. (2012) skriver i studien *Breast Cancer Survivor's Perception of Survivorship* at få studier tar for seg hvordan kvinner med brystkreft erfarer livet etter behandling. Hensikten med denne kvalitative studien var å undersøke hvordan kvinner diagnostisert med brystkreft definerte seg selv som overlevende, og hvilke fordeler de mente de hadde ved å ha erfart hvordan det er å gjennomgå kreftbehandling. De fleste deltakerne oppga minst én gode fra det å overleve kreft. Studien peker på viktigheten av å erkjenne styrken hos kreftoverlevende; da de behersker å finne mening og lærdom i tilværelsen til tross for uønskede erfaringer. Ved å belyse dette mener forskerne at støttende tiltak kan iverksettes, slik at kvinner som har problemer med å tilvenne seg sin diagnose blir møtt på en bedre måte.

Studien ved navn *Changes in quality of life in patients with breast cancer* av Salonen et al. (2010) er utført i Finland. Hensikten med studien var å beskrive og sammenligne endringer i livskvalitet til to grupper pasienter med brystkreft, og å identifisere faktorer som forutsier negative endringer i livskvaliteten innen 6 måneder etter de har blitt friske. Dataene er analysert statistisk, som gjør studien kvantitativ. Kvinner med brystkreft lider av ulike bivirkninger grunnet behandling, fra psykologiske og sosiale symptomer til redusert livskvalitet. Dette skaper et behov for støtte som kan vedvare under hele behandlingsprosessen, og er bakgrunnen for denne studien.

Resultatene underbygger viktigheten av å identifisere endringer i livskvalitet hos pasienter med brystkreft, samt behovet for å rette oppmerksomheten mot de kvinnene som har problemer med å tilpasse seg hverdagen som kreftoverlevende. Studien kan hjelpe helsepersonell til å lettere skape støttende tiltak i både et akutt- og langsiktig perspektiv.



## 3 Metode

Metoder er fremgangsmåter som knytter forbindelsen mellom teori og det virkelighetsområdet vi studerer. (Thomassen 2010:64).

### 3.1 Valg og begrunnelse

For å kunne besvare problemstillingen har jeg tatt utgangspunkt i en selvbiografi, med tekstanalyse som metode. Mitt metodevalg begrunnes i erfaringsmateriale, som kalles empiriske data. *Empiri* forklares som kunnskap bygd på erfaring, og er gjerne livshistorier gjennom tekst (Dalland 2013:115, Thomassen 2010:43). Jeg ønsker å sette lys på den subjektive opplevelsen av hvordan det er å overleve brystkreft. Gjennom selvbiografi kan man gjennom pasientens egne ord, få adgang til tanker og følelser både før og/eller etter kontakt med helsevesenet opphører (Madsen 2012:83). Ved det poetiske språket som benyttes i selvbiografier gis det også mulighet for innsikt i paradokser og tolkninger, som kan bidra til å belyse problematikken fra flere sider (ibid.:92). Gjennom utarbeidelsen av en selvbiografi blir ofte fortelleren hjulpet til å skape forståelse, og det er påfallende at vedkommende ofte oppnår å gjøre sykdommen meningsfull (ibid.:87). Forståelse og mening er sentrale elementer sett opp mot min problemstilling.

### 3.2 Tekstanalyse

Tekstanalyse er å stille spørsmål til en eller flere tekster, som disse tekstene forventes å kunne besvare. Analyse av tekster er velegnet til å besvare mange ulike forskningsspørsmål, og gir mulighet til et bredt valg av typer tekster (Fredriksen og Beedholm 2012:72-73.). Ved å analysere en biografi kan man utforske hvordan menneskers livshistorie og erfaringer påvirker identitetsdannelsen og/eller dannelse av mening (Beedholm og Fredriksen 2012:184-186). Tekstanalyse har en hermeneutisk-fenomenologisk innfallsvinkel, hvor *hermeneutikk* og *fenomenologi* brukes samtidig. Hermeneutikk betyr å *fortolke* (Thomassen 2010:157, 161-171). Å fortolke vil si å forsøke å finne mening i noe, eller forklare noe som er uklart. Dalland trekker frem Thuréns forståelse av at hermeneutikken vil forstå, og ikke bare forklare (2013:59). Fenomenologi betyr læren om fenomener, altså det som oppfattes av sansene (ibid.:57). Thomassen definerer fenomenologi slik:

I fenomenologiske undersøkelser rettes oppmerksomheten mot verden slik den konkret oppleves og erfares ut fra et subjektperspektiv - for eksempel klientens eller pasientens eget perspektiv. (Thomassen 2010:83).

For å kunne lese forskning har jeg vært nødt til å ha kunnskap om både *kvalitativ* og *kvantitativ* metode. Kvalitativ metode sikter etter å fange opp mening og opplevelser som ikke kan måles i tall. Kvantitativ metode gir derimot mulighet til å tallfeste data i målbare enheter. Begge metodene er viktig å benytte seg av da de sammen kan øke forståelsen av samfunnet vi er en del av, og enkeltmenneskers handlinger og samhandling med andre mennesker (Dalland 2013:112). I denne oppgaven har jeg valgt kvalitativ metode, nettopp fordi den sikter etter å fange opp menneskers egne opplevelser.

Ut fra valgt metode har jeg lest boken *Gå med hele ditt hjerte* (2007) skrevet av Klara Høiseth Slettemoen. Boken fant jeg ved å gå inn på kreftforeningens nettside, hvor jeg søkte på «bøker om kreft». Jeg valgte denne boken da forfatteren for det første hadde overlevd, men også fordi det ble presentert at sykdommen hadde tilført henne en livsvisdom hun ikke ville vært foruten. Ved første gjennomlesing trakk jeg ut stikkord og kommentarer jeg syntes var spennende. Antonovskys teori om *opplevelse av sammenheng* pekte seg ut som relevant, og jeg valgte ved andre gjennomlesning å ha komponentene *begripelighet*, *håndterbarhet* og *meningsfullhet* som utgangspunkt til forskningsspørsmål til teksten.

### **Forskningsspørsmål:**

- 1 *Hvordan opplever Klara Høiseth Slettemoen situasjonen som begripelig/ubegripelig?*
- 2 *Hvordan opplever Klara Høiseth Slettemoen situasjonen som håndterbar?*
- 3 *Hvordan opplever Klara Høiseth Slettemoen situasjonen som meningsfull?*

Jeg kategoriserte dermed utvalgte sitater i undergrupper innenfor disse tre forskningsspørsmålene om hvordan Klara Høiseth Slettemoen opplevde behandlingforløpet. Deretter listet jeg systematisk opp utvalgte sitat i et dokument, slik at min analyse med sikkerhet var forankret i teksten, som Fredriksen og Beedholm anbefaler (2012:81).

Videre avgrensing ble utført ved å se sitatene i lys av forskning- og faglitteratur, for å vurdere og tolke hva jeg kunne bruke i drøftingen.

Målet med dette var å belyse problemstillingen fra flere sider. Til slutt endte jeg opp med 2-4 sitater under hver underkategori, som jeg analyserer og drøfter i kapittel 5.

### 3.3 Presentasjon av litteratursøk

Av faglitteratur har jeg lagt hovedvekt på fagboken *Kreftoverlevende* (2013), skrevet av spesialister og overleger innen feltet. Aaron Antonovsky sin bok *Unraveling the mystery of health* (1987) er oversatt til den danske versjonen *Helbredets mysterium* (2000) hvor sistnevnte er benyttet kilde. Benner og Wrubels bok *The Primacy of Caring* (1989) er også benyttet i oppgaven. De to sistnevnte er altså primærkilder. Mye av den øvrige litteraturen jeg har brukt er hentet fra bachelorutdanningens pensumliste samt henvist i annen litteratur. Jeg har også fått inspirasjon fra tidligere bacheloroppgavers referanselister.

For å finne aktuell forskning har jeg søkt i databasene Cinahl, Cochrane Library, PubMed og SweMed+. Da jeg er mest fortrolig med databasen Cinahl, har jeg i størst grad benyttet meg av den. Jeg har hatt tre søkerunder med hovedvekt på søkeordene *breast cancer*, *cancer survival* og *coping*. Valgt forskningslitteratur er presentert i tidsskriftene *Journal of clinical nursing* og *Oncology Nursing Forum*. De tre artiklene presentert i *punkt 2.5* er valgt på grunn av relevansen til problemstillingen, og er utført i USA og Finland.

Ved søk etter forskning i Cinahl begrenset jeg søket ved å kombinere overnevnte søkeord. Jeg huket også av for «peer reviewed», tilgjengelig sammendrag, kvinner og full tekst. «Peer reviewed» oversettes til *fagfellekvurderte*, og tilsier at artiklene er evaluert av forskere og dermed kvalitetssikret (Svartdal 2013). Søket ble deretter avgrenset til de siste fem årene. Relevante artikler ble utvalgt ved gjennomgang av overskrifter og sammendrag. Andre søkeord jeg har brukt er *helserelatert livskvalitet*, *tilpasning*, *psykososiale faktorer* og *mestring*.

### 3.4 Metodekritikk

#### 3.4.1 Førforståelse

Det kan være lett å la seg påvirke til å se det som kun bekrefter min førforståelse.

Spørsmålene stilt i *punkt 1.1* er da en skildring av denne. Dette velger jeg å ta frem slik at jeg kan skille førforståelsen fra den nye forståelsen jeg etter hvert vil få, og i større grad stille meg åpen for ny mening og kunnskap (Dalland 2013:121, Thomassen 2010:171). Målet er å oppnå god tekstfortolkning, ved å ta i bruk fordommene mine konstruktivt i stedet for å late som de ikke finnes (Thomassen 2010:171).

#### 3.4.2 Fordeler

Metodevalget har gitt meg en rik innsikt i en pasients tanker og følelser, som var min motivasjon for valg av tekstanalyse av selvbiografi. Jeg har fått ut klare sitater og sett disse i et teoretisk perspektiv. Selvbiografi som empiri har fungert som supplement til teori og forskning, og har bidratt til å belyse områder som trenger fokus i helsevesenet.

#### 3.4.3 Ulemper

Da jeg valgte boken ut fra fascinasjon av handlingen opplevde jeg den skjønnlitterære fortellingen som fengende og lettlest. Til tross for mange gjennomlesninger kan dette, samt mitt teoretiske fokus, ha ført til at jeg selv har tolket sitater og refleksjoner fremstilt i boken, kun med hensikt til å kunne svare på problemstillingen. Da jeg ønsket å søke viten om faktorer som pasienten kan bruke som nyttig erfaring videre i livet, er det en risiko for å ha fortolket sitatene og dermed tillegge de en annen mening enn den opprinnelige.

### 3.5 Kildekritikk

Salonen et al. (2010) sin forskning bygger på en patogen tilnærming da det trekkes frem hvilke faktorer som kan påvirke livskvaliteten negativt, ut fra et sykdomsperspektiv. Dette er det motsatte av Antonovskys salutogene tilnærming, som peker mot helse og positivt påvirkende faktorer (2000:12).

Når dette er sagt har jeg likevel tatt i bruk begge, for å vise at begge perspektiv kan være relevant i utøvelse av sykepleie. Jeg vil derimot vektlegge Antonovskys perspektiv, da den salutogene tilnærmingen har fokus på pasientens hele historie (ibid.:23).

De presenterte forskningsartiklene er oversatt fra engelsk til norsk av undertegnede. I transkriberingen av informasjon kan det dermed ha oppstått feiltolkninger. Prioritert forskning er fra de fire siste årene, og jeg har tatt i bruk både engelsk- og nordiskspråklige. Dette kan kvalitetssikre resultatene mine. Faglitteratur er også fra de siste tiårene, bortsett fra Antonovskys (1987) og Benner og Wrubel (1989). Disse er likevel brukt fordi teoriene anses som uforandret og forankret.

Ved å ha brukt en publisert selvbiografi er det mulighet for at bokens innhold ikke er like nøyaktig i ordvalget som originalen, at elementer er fjernet og at fortellingen til en viss grad er formet. Dette fordi teksten er bearbeidet og filtrert av en redaksjon (Madsen 2012:83).

Problemstillingen har hovedvekt på Antonovskys komponenter for opplevelse av sammenheng og er oppgavens hovedaspekt på *helse* og *mestring*. Disse to begrepene er vide, og har mange ulike innfallsvinkler. Jeg har derfor vært nødt til å avgrense til Antonovskys teori, supplert med Benner og Wrubels teori. Til tross for at andre teorier ville belyst problematikken fra flere sider har jeg bevisst valgt disse to. Jeg har vurdert deres teorier til holdbare, relevante og gyldige da begge kildene henvender seg til sykepleiere, er sentrale mål innenfor fagområdet og er innenfor studiets pensum.

### **3.6 Etiske overveielser**

Til tross for at Klara Høiseth Slettemoen har publisert boken, og uttrykket ønske om å dele sine erfaringer med andre, har jeg personlig spurt om å få benytte boken til mitt bachelorprosjekt. Jeg ville unngå å støte forfatteren gjennom min tolkning og framstilling av hennes tekst, noe Fredriksen og Beedholm advarer mot (2012:88). Godkjenning og tillatelse ble gitt umiddelbart etter henvendelse på sms.

## 4 Funn

Selvbiografien *Gå med hele ditt hjerte* (Slettemoen 2007) er skrevet av Klara, en tobarnsmor som er midtveis i livet. Hun har nettopp gjennomgått en skilsmisse, og har flyttet til ny leilighet. Klara er omsorgsperson for sine foreldre, og arbeider som journalist. Midt oppi dette finner hun en kul i brystet, som viser seg å være brystkreft. Tidlig bestemmer hun seg for å skrive ned tanker og følelser gjennom brystkreftbehandlingen, fra start til mål.

Brystkreftbehandlingen Klara går gjennom er brystbevarende kirurgi, cellegift og strålebehandling, før hormonell behandling. Hun vinner kampen og underveis møter hun sin fremtidige kjæreste; Martin. Jeg har stilt boken de tre forskningsspørsmålene fremstilt i metodekapittelet (*punkt 3.3*). Fokuset ligger på hva Klara tenker og føler underveis, samtidig som hun ofte er fremtidsrettet og framtidsbevisst. Funndelen er disponert etter de tre forskningsspørsmålene jeg stilte til boken. Utvalgte sitater er presentert i kategorier ut fra disse.

### *4.1 Hva bidrar til at Klara opplever situasjonen som begripelig/ubegripelig?*

*Informasjonsbehov* og *det å leve i uvisshet* pekte seg ut som hovedkategorier da jeg analyserte boken med hensikt å undersøke hva som gjorde situasjonen forståelig, eventuelt ikke forståelig, for Klara. Jeg vil her presentere seks sitat som bekrefter og belyser valgt inndeling.

#### **4.1.1 Informasjonsbehov**

«Men jeg gråter ikke. På en måte er det lettere å vite. Nå kan jeg kjempe, for nå vet jeg hvem fienden er.» (ibid.:36).

«Jeg opplever at kreften er mer skremmende for andre enn for meg selv. Nå kan jeg mye om sykdommen og behandlingsmulighetene, og det gir trygghet.» (ibid.:62).

«Det er naturlig å være sliten etter et kreftmaratonløp som det jeg har vært igjennom. [...] Det går i bølger og daler.» (ibid.:115).

#### 4.1.2 Å leve i uvisshet

«Jeg lurar på om min kropp og mine organer vil bli alvorlig satt tilbake på grunn av denne (celle)giften. Men det er ingen vits i å tenke på det. Det er andre før meg som har greid dette og fått en brukbar helse etterpå. Hvorfor skal ikke jeg få det også?» (ibid.:77).

«Hvordan blir det å leve igjen etter en slik dom? Vil man kunne glede seg over livet igjen, eller vil kreften sitte fast i bakhodet som en liten djevel, som stadig hvisker din dødsdom inn i øret?» (ibid.:43).

*Ved spørsmål om ny kreftsvulst undrer Klara:*

«Skal resten av mitt liv være en kamp mot kreften?» (ibid.:166).

#### 4.2 Hva bidrar til at Klara opplever situasjonen som håndterbar?

De 10 følgende sitatene er kategorisert etter *opplevelse av innflytelse, mestring og bearbeidelse* og *vendepunkt til ny hverdag*. Disse belyser hvordan Klara håndterer behandlingsforløpets påvirkning på følelser og tanker, samt hvordan hun mestrer dette.

##### 4.2.1 Opplevelse av innflytelse

«Det er det jeg vil med denne boka: vise andre som blir rammet at det nytter å kjempe og tenke positivt» (ibid.:6).

*I påvente av første operasjon:*

«Nei, jeg vil ikke vente. Hvis dere ikke kan operere meg denne uka vil jeg finne et annet sykehus som kan gjøre det nå. Det er fritt sykehusvalg. Jeg vet at man må være ressurssterk for å være syk» (ibid.:43).

«Nå bruker jeg all frustrasjon og smerte konstruktivt, jeg kjemper. Da jeg går derifra, har jeg datoen for operasjonen på et papir, og det er to dager senere. Jeg Vant!» (ibid.:44).

#### 4.2.2 Mestring og bearbeidelse

«Å skrive har for meg vært den beste måten å bearbeide det som har skjedd av opp- og nedturer i livet mitt.» (ibid.:5).

«Hva har jeg lært av dette? Jo, igjen har jeg erfart hvor viktig det er å tenke positivt, og å ta ett steg om gangen. Jeg er glad for at jeg hadde Internett, fordi det var en kanal å være helt åpen gjennom. Der fikk jeg bearbeidet alle de vanskelige tankene og følelsene.» (ibid.:91).

«Men det nytter ikke å flykte fra problemet. Det er her og nå, og jeg må gripe fatt i det. Ingen andre kan gjøre det for meg.» (ibid.:36).

«Jeg har hatt mer enn nok med å få hverdagen til å fungere, og i tillegg samle krefter til å takle og bearbeide alle tankene som kommer og går. Det har nok vært et klokt valg for meg. Hvis man er i jobb, kan man sikkert skyve diagnosen langt bort [...]» (ibid.:107).

#### 4.2.3 Vendepunkt til ny hverdag

«Jeg kjenner at jeg hver dag tar små steg bort fra kreften og inn i det vanlige livet. Men for vanlig skal det ikke bli. Jeg vil ikke leve i sort/hvitt, men ha varme, sterke farger på livet mitt.» (ibid.:118).

«Så ble det slik for meg også, som for mange andre jeg har hørt om. Først når man er i mål med alle behandlingene, kjenner man for alvor hvor sliten og energiløs man er. Det er også umulig å vite hvor lang tid det tar å komme seg opp og stå igjen.» (ibid.:140).

«Nå er snart året med alle de tunge utfordringene over, og vi kan gå over i et nytt år med blanke ark. Jeg kjenner etter og er glad for at jeg ikke er redd, men tvert imot gleder meg til å ta tak i alt det nye året vil by på. Planen er å begynne å jobbe. Vil jeg greie det?» (ibid.:157).



### **4.3 Hva bidrar til at Klara opplever situasjonen som meningsfull?**

*Arbeid, framtidshåp og nytt perspektiv* og *omsorg* er kategorier som utpekte seg da jeg analyserte valgt selvbiografi for hva som gir klara mening underveis i behandlingsforløpet. Det kommer frem hva Klara har lært av sykdomsforløpet, og på hva som kan være viktig å holde fast ved i møte med ny hverdag. 9 sitat presenteres.

#### **4.3.1 Arbeid**

«Det føles riktig å skrive om dette. Og det vil gi mye positivt tilbake, ikke minst følelsen av å mestre, som er viktig for oss mennesker.» (ibid.:161).

«Det føles fantastisk å komme ut og møte dem jeg skal intervju. Jeg har fått igjen det beinet jeg manglet. Nå kan jeg stå støtt igjen. Føler meg tryggere og mer i likevekt enn på lenge. Å jobbe, eller å utrette noe som er meningsfylt for andre, er nok veldig viktig for oss mennesker, og i alle fall for meg.» (ibid.:162).

«Når man er syk og hjemme alene, faller man på mange måter utenfor det sosiale samspillet. Uten jobbkolleger føler man seg ofte ensom.» (ibid.:108).

#### **4.3.2 Framtidshåp og nytt perspektiv**

«Nå i ettertid ser jeg at sykdommen faktisk har beriket meg som menneske. Kreften har stengt noen dører bak meg, men i ettertid har jeg åpnet mange nye spennende dører. Det er slik livet er. Det er dette som er å leve.» (ibid.:7).

«Godt å kjenne at jeg blir fylt av livsglede og kamplyst. Jeg skal leve, og jeg skal leve godt og lenge. Etter dette kommer jeg til bli enda mer bevisst på hva jeg skal fylle mitt liv med, og hva som skal ”ryddes” bort. Andre får gjøre som de vil med sitt liv, men jeg skal kjenne at jeg lever, hver dag.» (ibid.:45).

«Å takle motgangen gjør noe med en som menneske. Man kjenner seg sterkere, uredd, mer til stede og ydmyk overfor livet og andre mennesker. Man blir opptatt av de virkelige verdiene i livet. Ser alt mye klarere enn tidligere.» (ibid.:53).

«Hva er å leve forresten? For meg er det ikke å reise til verdens ende eller unne meg all slags luksus. Det er helt enkelt å ha tid til å være sammen med dem jeg er glad i, gjøre de helt enkle tingene som gjør livet innholdsrikt, elske og bli elsket, slippe å stresse, få være den jeg er og gjøre det jeg brenner for her og nå og kjenne at det er godt.» (ibid.:54).

#### 4.3.3 Omsorg

«Fra både venner og helt fremmede folk har jeg fått enormt mye støtte og glede. Jeg kommer aldri til å glemme all den medmenneskeligheten jeg har møtt. Den skal være en skatt jeg bærer med meg videre i livet.» (ibid.:54).

«Jeg føler meg kjempesliten. Tenker at det er ingen ting som gir så mye glede og innhold, men som samtidig tar så mye energi, som det å ha barn.» (ibid.:138).

## 5 Drøfting/analyse

I denne delen vil jeg analysere funnene og drøfte hvordan Klara kan bruke erfaringene fra behandlingsforløpet som lærdom i vendepunkt til ny hverdag. Jeg vil sette funnene inn i et nåtidsperspektiv, og bruke forskning og teori til å belyse funnene. Samtidig vil jeg trekke inn hvilken innvirkning de ulike kategoriene som kommer frem i funndelen kan ha på utøvelsen av sykepleie. Drøftingens inndeling har underkategoriene i funndelen som utgangspunkt, men jeg har likevel valgt å forandre og legge til noen underoverskrifter, spesielt i delkapittel 5.1, slik at teori integreres.

### 5.1 Hvordan begripe en ny hverdag?

#### 5.1.1 Informasjonsbehov

«Jeg opplever at kreften er mer skremmende for andre enn for meg selv. Nå kan jeg mye om sykdommen og behandlingsmulighetene, og det gir trygghet.» «På en måte er det lettere å vite. Nå kan jeg kjempe, for nå vet jeg hvem fienden er.» (*punkt 4.1.1*). Jeg tolker disse utsagnene som betydningsfulle for den kognitive forståelsen av behandlingsforløpet, da Klara peker på den positive effekten av å motta informasjon. Trygghet, kontroll og forutsigbarhet er faktorer Antonovsky mener styrker den kognitive forståelsen, og dermed opplevelse av begripelighet (2000:35). At Klara ser ut til å ha oppnådd disse faktorene til en viss grad kan ha en positiv betydning i møte med framtidige utfordringer. Om Klara opplever å ha forstått og sett sammenheng underveis i diagnostisering-, behandling- og helbredelsesprosessen vil hun kanskje være bedre rustet til å takle uforutsette overraskelser i møte med hverdagen. Samtidig sier hun at det er «naturlig å være sliten» etter et tøft behandlingsforløp. Dette kan knyttes opp mot seneffekter som kronisk trøtthet, smerter, depresjon og konsentrasjonsproblemer (Sørensen og Almås 2011:440). Om Klara kjenner på disse seneffektene kan forberedende informasjon om dem kanskje gjøre erkjennelsen av dem enklere. Det at hun erkjenner at det er naturlig å være sliten kan også vise at hun godtar og begriper realiteten.

Ved at Klara selv oppsøker opplysninger som har gitt trygghet og forutsigbarhet, kan dette tyde på at hun har fått økt begripelighet. Antonovsky henviser til Orr sin undersøkelse som sier at kvinner viste best evne til tilpasning når de søkte opplysning noen måneder etter vellykket brystkreftbehandling, og at de på det tidspunktet så informasjonen som mest anvendelig og håndterbar (2000:157). Informasjonsbehovet trenger ikke nødvendigvis å opphøre etter en brystkreftpasient har blitt en brystkreftoverlever. Undersøkelsen viser heller til betydningen av oppfølging. Selv om informasjonsbehovet var sentralt for Klara, er ikke alltid informasjon underveis en ressurs for pasienten, og kan være en belastning.

Sykepleierens evne til bekymring gir et utgangspunkt for evne til å utøve omsorg, og kan lette hennes/hans arbeid i å oppdage pasientens anliggende (Benner og Wrubel 1989:62).

Sykepleier bør iverksette tiltak med mål som ivaretar det pasienten er opptatt av, og benytte seg av sin undervisende, veiledende og observerende funksjon (ibid.:96). Sykepleieteori trekker frem at ytterligere informasjon, utover klar og tydelig informasjon om sykdommen, behandlingsmuligheter og mulige bivirkninger, kun skal gis om pasienten selv etterspør det. Sykepleier bør vite når hun skal gi informasjon, slik at man unngår unødvendige reaksjoner, som for eksempel frykt (ibid.:257).

### 5.1.2 Syk eller frisk?

Er pasienten frisk eller syk når hun har fått stempelen ”kreftfri”? Til tross for dekket informasjonsbehov gir Klara uttrykk for en uvisshet om framtiden og spør ved mistenkelighet om ny kreftsvulst: «Skal resten av mitt liv være en kamp mot kreften?» (*punkt 4.1.2*). Hun undrer seg over hvordan det vil bli å leve igjen etter en slik dom, og bekymrer seg, etter min tolkning, over fysiske bivirkninger av behandlingen. Ser Klara på seg selv som et offer kan hun føle at sykdommens spor legger begrensninger for livsutfoldelse. Ser hun på seg selv som frisk kan hun i større grad føle at hun lærer seg å leve med sykdommen, og se på den som en del av livets naturlige begrensninger (Ingstad 2013:55). Forskning viser at en stor andel brystkreftoverlevende definerer seg selv som overlevende, og trekker frem vendepunkter fra syk til overlevende. Noen av deltakerne pekte på betydningen av medlemskap i en gruppe hvor medlemmene selv omtalte seg som overlevende. Dette fungerte som en positiv påvirkning på kvinnenenes egne oppfatninger og følelser omkring temaet. Den kirurgiske fjerningen av svulsten, samt betydningen av å bli fortalt at du er en overlevende viser seg for andre som viktig i kvinnens definering av overlevelse (Document et al. 2012:312).

Dette er i tråd med Antonovskys forståelse av helse som et kontinuum, hvor man plasserer seg mellom ytterpunktene *syk* og *frisk* (2000:30). Ved å se på seg selv som en overlever kan man kanskje være i bedre stand til å bevege seg i helsefremmende retning.

Kanskje det ”å bli frisk” ikke nødvendigvis trenger å være målet? Å lære seg å leve med sine plager og funksjonsnedsettelse, slik at man kan leve et meningsfullt liv på egne premisser kan være å etterstrebe (Ingstad 2013:55). I følge forskning er ikke overlevelse en endelig status, men en stadig kamp og prosess mot paradokser. Oppfatninger som *offer* av kreft VS *kreftoverlever*, kreft som *nåtid* VS kreft som *fortid*, føle seg *sårbar* VS føle seg *styrket* går hånd i hånd og må prosesseres (Sherman et al. 2012:265). Klaras bekymring snus til «[...] Det er andre før meg som har greid dette og fått en brukbar helse etterpå. Hvorfor skal ikke jeg få det også?» (*punkt 4.1.2*). Gjennom boken viser hun stadig til flere paradokser, men med hovedvekt på å tenke positivt om fremtiden. Jeg tolker hennes oppfatning av seg selv på vei mot en god helbredelse, med forventninger om en overkommelig fremtid hvor hun ønsker å lære seg å leve med seneffekter og sykdommens spor. Evne til å bedømme virkeligheten med å ha forventninger om at ting vil gå godt, i kognitiv forstand, viser en grunnleggende tillit til å bli frisk, og er viktig for å kunne øke både begripelighet og håndterbarhet (Antonovsky 2000:35).

Ingstads teori om at det er en flytende grense mellom syk og frisk samsvarer med at OAS er avgjørende for hvor man plasserer seg på kontinuumet (Antonovsky 2000:33, Ingstad 2013:54). Hvorvidt Klara vil se på seg selv som syk eller frisk nå kan derfor avhenge av opplevelse av blant annet begripelighet gjennom behandlingsforløpet. Etter tolkning av utvalgte sitater opplever hun heller det senere behandlingsforløpet mer som forståelig, sammenhengende og strukturert enn som støy, kaotisk og uforklarlig. Disse faktorene kan være av betydning for om en person betrakter seg selv som frisk, ifølge Antonovsky (2000:35).

### 5.1.3 Helsepersonellets påvirkningskraft

Det å være en kreftoverlever er ikke entydig med å kun være ”heldig” lenger. Det foreligger et sterkt behov for oppmerksomhet rundt seneffekter og problemer, både for helsepersonell, pasienten selv og pårørende (Loge et al. 2013:14). Dette bekreftes i forskning som nevner kartlegging av seneffekter, endret selvilde og familiær funksjon som avgjørende utgangspunkt for forebyggende tiltak for bevarelse av psykisk helse (Salonen et al. 2010:264). Til tross for tilstrekkelig informasjon og kartlegging om seneffekter vil Klara kanskje aldri bli kvitt uvissheten. Den økte risikoen for utvikling for ny krefttype vil kanskje også ha innvirkning på opplevelsen av å være frisk/syk. En overlever av en alvorlig sykdom vil være preget av sykdommen resten av livet (Benner og Wrubel 1989:62). Ingstad trekker frem betydningen av å lære seg å leve med nye utfordringer (2013:55). Ved å sammenligne disse to aspektene understrekes sykepleierens ansvar i å kartlegge hvordan pasienten selv opplever sin situasjon. Den kulturelle og sosiale oppfatningen av sykdommen, samt omgivelsenes forventninger til pasienten, kan også påvirke hvordan pasienten opplever tilbakevendelse til hverdagen. *Illness* kan altså preges av *sickness*. Om disse to oppfatningene ikke samsvarer vil det være vesentlig for sykepleier å lytte til pasientens erfaringer, og undersøke hvilke kulturelle fortolkninger som har integrert seg i pasientens egen definisjon av sykdommen (Benner og Wrubel 1989:269, Ingstad 2013:37). Ved å gjøre dette kan pasienten bli bedre rustet til å begripe både reaksjoner fra andre og sine egne i møte med hverdagens krav.

Hvorvidt kan sykepleierens formidling av informasjon påvirke Klaras begripelighet? En persons OAS kan ikke radikalt forandres av enkelte møter og hendelser, da grunninnstillingen til verden blir rotfestet gjennom livet. Likevel kan møter påvirke og skade OAS midlertidig (Antonovsky 2000:140). Ved møte med helsepersonell kan for eksempel uklar formidling av informasjon skape en skade på OAS. Uklar formidling av informasjon om for eksempel seneffekter etter behandling vil kanskje sette i gang en reaksjon hos Klara som hun vil bruke lang tid på å forstå og finne mening i. Dette kan skade hennes OAS og fungere som en stökk i hjulet på hennes tilbakevendelse til hverdagen. Å unngå skader på OAS vil av den grunn være å etterstrebe. Faglitteratur bekrefter betydningen av å informere både pasient og pårørende om de ulike behandlingenes forventede, mulige bivirkninger og om overlevelseshprognose. God, grundig og nøyaktig informasjon samt forberedelse kan redusere angst og gi rimelige og forutsigbare reaksjoner, og blir derfor regnet som svært viktig (Fosså et al. 2010:33)

## 5.2 Hvordan håndtere en ny hverdag?

### 5.2.1 Opplevelse av innflytelse

Å innta en aktiv rolle i helbredelsen er ifølge forskning viktig for opprettholdelse av selvtillit og mestringsfølelse for den brystkreftrammede pasienten. Pasienten vil i større grad være i stand til å oppleve kontroll, beskytte seg selv, takle fysiske og seksuelle endringer, samt eventuelle seneffekter av behandlingen (Sherman et al. 2012:263). I funnene presenteres sitater som viser til Klaras ønske om innflytelse på situasjonen, og også på andre. Gjennom å skrive selvbiografien ønsker hun å «vise andre at det nytter å kjempe og tenke positivt» (*punkt 4.2.1*). Noen kvinner aksepterer hvem de er etter behandling ved å dele levde erfaringer med andre, og ser da verdien i erfaringene (Sherman et al 2012:264). Det å skrive tolkes også som betydningsfullt for Klara, da hun er utdannet journalist. Gjennom å produsere en bok, kan hun få annerkjennelse fra andre, som igjen kan bidra positivt til ivaretagelse av hennes identitet (Ingstad 2013:127).

Klara skriver at «man må være ressurssterk for å være syk» (*punkt 4.2.1*). Hva mener hun med dette? Ressurser som pasienten selv har kontroll over vil føles som ressurser til rådighet, ifølge Antonovsky (2000:36). Hvorvidt Klara opplever å ha innflytelse på situasjonen underveis, avhenger altså av hvordan hun opplever at hun har ressurser hun kan bruke. Å ta kontroll innebærer å gjøre bevisste beslutninger i eget liv og krever evne til å identifisere valgmuligheter (Sherman et al. 2012:263). I gitt situasjon er Klara på sykehuset og kjemper for å komme lengre frem i køen for å bli operert første gang (*punkt 4.2.1*). Klara gir ikke etter og tar kontroll over situasjonen, tross motgang. Hun vinner kampen, og får framskyndet operasjonsdatoen. Klara mobiliserte sine ressurser til å aktivt løse utfordringen i møte med helsevesenet, noe som kan øke opplevelsen av å håndtere situasjonen. Jeg vil da anta at Klara opplevde sine ressurser som tilstrekkelige, at hun ble styrket, og at hun senere vil bruke samme mestringsmetode ved nye lignende hendelser.

### 5.2.2 Mestring og bearbeidelse

Den langsiktige betydningen av å kartlegge og ivareta pasientens lidelse underveis i behandlingsforløpet blir påpekt i forskningsresultater. Disse viser at kvinner vil fortsette å lide dersom de ikke opplever bekreftelse av deres lidelse.

Kvinnene vil indirekte oppleve en oppfordring til å undergrave erfaringenes betydning og mulighet for innvirkning på livene deres (Sherman et al. 2012:267). Den enkelte pasient kan da være utsatt for manglende opplevelse av verdighet og helhet når vedkommende tilbakevender til hverdagen. Uten å få rom til å bearbeide erfaringene fra sykdomsforløpet, vil pasienten kanskje ha redusert evne til å bruke erfaringene til noe positivt senere i livet, noe som er svært ugunstig.

Etter Benner og Wrubels oppfattelse av at mestring er det mennesket gjør der det opplever stress (1989:62), tolker jeg at Klara praktisk løser en stressende situasjon med å skrive. Hun omtaler skriving som «den beste måten å bearbeide det som har skjedd av opp- og nedturer i livet mitt». Klara opprettet en blogg, og skriver at hun fikk «bearbeidet alle de vanskelige tankene og følelsene.» (*punkt 4.2.2*). Dette samsvarer med Benner og Wrubels syn på at bearbeiding av følelser fører til engasjement, og at et forsøk på å forstå og dempe dem er effektive tiltak for å mestre (1989:97). Skrivingen gir Klara mulighet til å begripe sin egen situasjon, som er en viktig forutsetning for å oppnå opplevelse av håndterbarhet. Gjennom å øke bevissthet omkring egne følelser ved å beskrive dem kan situasjonen oppleves som mindre truende (Antonovsky 2000:165).

I tillegg til å skrive tar Klara konkret fatt i problemene, og innser at hun ikke kan flykte fra dem. Hun har tatt et bevisst valg og samler krefter til å få hverdagen til å fungere igjen i etterkant (*punkt 4.2.2*). Ved å vedkjenne og erkjenne problemet, være innstilt på å håndtere det og følelsene blir det i mindre grad overveldende og uhåndterbart (Antonovsky 2000:167). Sykdommens spor vil da kanskje i mindre grad føre til sykdom for Klara. Til tross for Benner og Wrubels utsagn om at valgmuligheter for mestringsstrategier er begrenset i en stressende situasjon (1989:63), tolker jeg Klaras valg av mestringsstrategi (å skrive) som hensiktsmessig. Forholdet mellom opplevelse av belastning og egen mestringskompetanse kan i Klaras tilfelle tolkes som avbalansert og i likevekt. Dette kan ha bidratt til økt mestringsfølelse overfor påkjenningene pasienten går gjennom (Ekeland 2010b:285). Klara vil sannsynligvis ha opplevd å håndtere flere av stressfaktorene i sykdomsforløpet, som da kan være en ressurs i møte med den nye hverdagen.



### 5.2.3 Vendepunkt til ny hverdag

Klara skriver etter avsluttet behandling at hun for alvor kjenner hvor sliten og energiløs hun er (*punkt 4.2.3*). Dette kan gå ut over hennes evne til å opprettholde rollene hun hadde som tobarnsmor, journalist, omsorgsperson for foreldre og nå kjæreste. De spesifikke seneffektene etter brystkreft (*punkt 2.3.1*) kan føre til at Klara ikke lenger mestrer de praktiske oppgavene slik det forventes av henne i de bestemte situasjonene. Dermed kan hun oppleve å ikke innfri til de rollene hun en gang hadde (Grov et al. 2013:156). Forskning viser at familie og pårørende ofte er tilstede i den akutte behandlingsfasen, men at de etter behandling i større grad forventer at kvinnen skal gå tilbake til sine gamle roller (Sherman et al. 2012:263). Det at de akutte bivirkningene oftest avtar etter behandling vil kanskje påvirke hvordan pårørende oppfatter pasienten. Seneffektene pasienten har kan for pårørende være vanskeligere å identifisere enn de akutte bivirkningene som håravfall, kvalme og smerter (Fosså og Kiserud 2013:54, Grov et al. 2013:156). Til tross for at livskvaliteten er antatt å øke, kan pårørendes forventninger og manglende innsikt derfor ha negativ innvirkning. På denne måten kan det oppstå rollekonflikter, og pasienten kan i tillegg streve med opplevelsen av å ha mistet sine roller og sin identitet (Ingstad 2013:143). Å inkludere pårørende i informasjon og veiledning om bivirkninger og seneffekter derfor ha betydelig positiv innvirkning senere i forløpet på veien mot bedre helse.

Klara har også personspesifikke tilgjengelige sårbarhetsfaktorer. Hun har nettopp gjennomgått en skilsmisse, har syke foreldre og ansvar for sine to døtre. Dette kan øke opplevelse av belastning, og redusere tanker om egen mestringskompetanse (Dahl 2013:128). Samlet sett kan disse faktorene øke risikoen for utvikling av stress, og gi ugunstige forhold for opplevelse av håndterbarhet. Forskning sier at kvinner i større grad oppfattet seg selv som overleve om de gikk gjennom fasene mot overlevelse steg for steg. Disse fasene er *erkjennelse av traumet, inntakelse av aktiv rolle i sykdomsforløpet, dannelse av nye perspektiv og aksept av en ny «normaltilstand»*. Det kreves tid og støtte å komme seg gjennom disse. Som resultat dannet kvinnene en ny måte å tenke på, hvor de tok bevisste valg om hvordan de ønsket å leve (Sherman et.al 2013:266). Dette samsvarer med Benner og Wrubels teori om at kreftpasienter alltid vil se verden på en ny måte etter å ha blitt rammet av kreft (1989:61).

Til tross for mulige rolleendringer, sårbarhetsfaktorer, seneffekter og rollekonflikter, viser Klara en vilje til å møte utfordringene det nye året har å by på med entusiasme.

Hun «tar små steg bort fra kreften», ønsker «sterke, varme farger» på livet sitt, og ønsker ikke at livet skal bli «for vanlig» (*punkt 4.2.3*). Dette tolkes som at Klara har en positiv og ny innstilling til livet, som kan bidra til reduksjon av risiko for utvikling av psykiske problemer. Til tross for at den individuelle opplevelsen av å være ”kurert” kan være vanskelig å fastslå, vil jeg ut fra tolkning av Klaras utsagn anta at hun har gode forutsetninger til å ta i bruk lærdom i aksepten av ny hverdag med nye roller. Likevel vil jeg påpeke viktigheten av sykepleierens delaktighet i å hjelpe en hver pasient med å tilpasse seg rollene sine, med vedkommendes spesielle anliggender og bekymringer som henholdsvis hovedmål og utgangspunkt (Benner og Wrubel 1989:96). At sykepleier både underveis og i etterkant av behandling også anerkjenner pasientens identitet, kan bidra til opprettholdelse av den da hun antakeligvis, om ikke i større grad, er like avhengig av anerkjennelse da som før (Ingstad 2013:127).

### **5.3 Hvordan gi mening til en ny hverdag?**

#### **5.3.1 Arbeid**

Det å arbeide ser ut til å være en viktig motivasjonsfaktor for Klara. Jobben hennes er å intervju og skrive, og så lenge hun kan gjøre det opplever hun mestring (*punkt 4.3.1*). Når hun skal tilbakevende til arbeid etter kampen mot kreften opplever hun trygghet og likevekt, og omtaler jobben sin som utrettelse av noe meningsfylt. Klara er bevisst på å tillegge situasjonen mening, og ser at kreften har gitt henne kunnskap hun ikke ville vært foruten om hvordan det er å møte utfordringer i livet. Hun kan derfor ha bedre evne til å forstå hva hennes intervjuobjekter har gjennomgått, og oppleve at hun kanskje mestrer jobben sin enda bedre enn før. Gjennom intervjuer og produksjon av selvbiografi er Klara i posisjon til å hjelpe andre mennesker som erfarer det samme, noe forskning også understreker som viktig for kreftoverlevende (Document et al. 2012:313, Sherman et al. 2012:264). Opplevelse av meningsfullhet kan altså trekkes ned til betydningen av å arbeide for Klara. Savnet etter kollegaer har vært stort for henne (*punkt 4.3.1*). Tilbakevendelse til det kollegiale miljøet kan bidra til å gi tilværelsen ytterligere mening. Da Benner og Wrubel peker på viktigheten av å se meningen pasienten tillegger en situasjon, kan dette punktet være viktig for sykepleier å være bevisst (1989:62).

### 5.3.2 Framtidshåp og nytt perspektiv

95 av 105 brystkreftoverlevende mener de verdsetter livet i større grad enn før de ble kreftframmet (Document et al. 2012:313). Klara ser nye muligheter, ønsker å nyte livet og er mer bevisst på hva hun ønsker å fylle livet sitt med. Hun trekker frem at det er de enkle ting som gir henne glede. «Å elske», «å bli elsket», «ha tid sammen med de jeg er glad i», «få være den jeg er» og «å gjøre det jeg brenner for» er noe av det som gir livet innhold etter kreften (*punkt 4.3.2*). Forskning samsvarer med Klaras utsagn om syn på innhold i livet ved å framheve at brystkreftoverlevende får økt fokus på helse og at de verdsetter gode relasjoner (Document et al 2012:313). Det trekkes også frem at pasienter er i stand til å kvitte seg med relasjoner som ikke hadde positiv innvirkning på dem i større grad etter å ha overlevd kreft enn før (Sherman et al.2012:262). Dette bekreftes av Klara som sikter til hva i hennes liv som skal «ryddes bort». Videre sier hun at sykdommen har stengt noen dører bak henne, men også åpnet mange nye spennende dører. Klara ser også ut til å sette pris på motgangen hun har møtt (*punkt 4.3.2*). Å få et nytt perspektiv på livet er et behov pasienter som overlever brystkreft tydelig viser. For å kunne forestille seg fremtiden uttrykker flere kvinner et behov for å oppnå orden i livet, og at de da kan bevege seg i en helsefremmende retning (Sherman et al. 2012:266). Her samsvarer forskningen med Antonovskys teori om at orden og en grunnleggende tillit til å bli frisk kan være styrkende for OAS, som igjen kan være helsefremmende. Å se meningen i tilværelsen regnes av Antonovsky som den viktigste faktoren i opplevelse av mestring (2000:36). Klaras utsagn om ny bevissthet omkring verdier og framtidshåp tolkes som at hun tillegger livet mening, som igjen kan ses som positiv innvirkning på evnen til mestring.

### 5.3.3 Omsorg

Betydningen av omsorg gjennom opplevelsen av å bli sett, hørt, bekreftet, elsket og oppmuntret underbygges av forskning som sentralt i behandlingsforløpet for en brystkreftpasient (Document et al. 2012, Sherman et al.2012). Klara sier hvor viktig det var å få støtte, fra både venner og fremmede (*punkt 4.3.3*). Antonovsky skriver om betydningen av et tillitsfullt og pålitelig støtteapparat omkring pasienten, og beskriver det som en vesentlig del av de ressursene en pasient har til rådighet (2000:36). Grov, Loge og Dahl gjengir at sosial støtte fra nettverket rundt pasienten vil være helsefremmende for den mentale helsen (2013:156).

Benner og Wrubel mener at det å bry seg, gjennom bekymring, om pasienten er helt nødvendig for å kunne iverksette relevante og nødvendige tiltak, og at verken helbredelse eller velvære finner sted uten omsorg (1989:96). Å få omsorg og omtanke kan altså ses som en rød tråd i både forskning, teori og fra pasientperspektivet i kreftomsorgen. Hvordan pasienten vil mestre hverdagen igjen etter å ha blitt erklært frisk kan da avhenge av kvaliteten på omsorgen gitt underveis i behandlingsforløpet.

Klara trekker også frem betydningen av å ha omsorg *for* noen. Flere ganger i boken trekker hun frem, ut fra min tolkning, at hun viser en glede over å trosse kreftens begrensninger kun for at barna kan ha det godt. Dette kan tillegge livet mening, bidra til å dra fokuset vekk fra en selv og sykdommen og dermed redusere faren for å gå inn i en offerrolle. Samtidig sier Klara at det tar mye energi å ha barn (*punkt 4.3.3*). Forskning viser at brystkreftrammede kvinner med små barn i større grad bærer på bekymring om fremtid og familie enn kvinnene uten små barn (Salonen et al. 2010:263). Ens egne rolleforventninger til det å være mor vil kanskje være av betydning om det ses på som en ressurs eller byrde. Klara viser tydelig omsorg for sine døtre og ser ut til å tillegge mening til det å være mor, som kan være en motiverende faktor i tilbakevendelse til hverdagen.

## 6 Konklusjon

Oppgaven har belyst hvordan *opplevelse av sammenheng* kan bidra til mestring av den nye hverdagen for brystkreftoverlevende etter gjennomgått kreftbehandling. Jeg har sett at det å oppfatte en situasjon som begripelig er grunnleggende for å kunne håndtere den, og dermed mestre den. Men om pasienten ikke tillegger situasjonen mening, vil hun heller ikke være i stand til å se fremover og motivere seg selv til å vende tilbake til hverdagen på best mulig måte. Informasjonsbehov, det å innta en aktiv rolle, bearbeiding og mestring av inntrykk og følelser, bevissthet omkring vendepunkt til ny hverdag, arbeid, framtidshåp samt omsorg er faktorer som har vist seg å være viktige for pasientens evne til å mestre behandlingsforløpet. Denne evnen til å mestre underveis kan igjen være et avgjørende utgangspunkt for videre mestring av den nye hverdagen som kommer etterpå. Å se mennesket i sin helhet med fokus på pasientens egne erfaringer utpeker seg som sentralt innenfor alle de overnevnte faktorene. Hvordan pasienten oppfatter seg selv i møte med nye roller, forventninger og rutiner kan være vesentlig å kartlegge for å danne seg et bilde av pasientens evne til å håndtere en ny hverdag. Jeg har fått bekreftet at mange brystkreftoverlevende er takknemlige for viktig livsvisdom, og at de fleste har et ønske om å leve livet med nytt fokus på de viktige verdiene i livet. For at en pasient skal tillegge behandlingsforløpet mening, kan støtte og omtanke ses på som en basis i pleien for å finne pasientens anliggende.

Behovet for oppmerksom rundt den økende andelen av kreftoverlevende og deres problemer har kommet frem, samt behovet for kunnskap om hvordan disse menneskene kan hjelpes (Loge et al. 2013:14). Oppgaven har også vist hvordan helsepersonell kan ha påvirkning på en pasients *opplevelse av sammenheng*. Til tross for at enkeltmøter med helsepersonell ikke kan endre pasientens OAS radikalt, er det tydelig at den likevel kan påvirkes. Sykepleierens rolle, innstilling og evne til å utøve omsorg i løpet av behandlingsforløpet ser ut til å ha betydning for utgangspunktet pasienten har for evnen til mestring av den nye hverdagen. Ved å ha sett på Klaras erfaringer i lys av Antonovsky sin teori om betydningen av å styrke opplevelse av sammenheng, påpeker teorien viktige begreper og faktorer (nevnt ovenfor) sykepleier bør ta hensyn til. Å anerkjenne at livet er forandret, hjelpe pasient med å fokusere på de positive endringene og sørge for å forberede og veilede pasient og pårørende, kan gi et godt utgangspunkt for god helse i møte med hverdagen. Betydningen av fokus på videre oppfølging har også vist seg som vesentlig også etter at pasienten er blitt erklært ”kreftfri”, ikke bare underveis i behandlingsforløpet.

Sykepleier bør etterstrebe å gi pasienten gode forutsetninger for å ha overskudd til å møte hverdagens krav. Det er viktig å påpeke at enhver pasient er forskjellig, og at pleien bør tilpasses individuelt. Sykepleier bør sikte etter å styrke både opplevelse av begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet basert på pasientens spesielle anliggende. Å oppmuntre pasienten til å finne sin egen mestringsstrategi basert på egne ressurser utpeker seg også som sentralt. Jeg har gjennom begrepet *opplevelse av sammenheng* sett at viktige opplysninger fra pasientens perspektiv har kommet frem, som igjen kan være nyttig å ha som utgangspunkt når sykepleier skal planlegge utøvelsen av sykepleie.

## Litteraturliste

Antonovsky, A. (2000 [1987]). *Helbredets mysterium – At tåle stress og forblive rask*. København: Hans Reitzels Forlag.

Beedholm, K. og Fredriksen, K. (2012). Biografier som narrativer. I: S. Glasdam. (red). *Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område – indblik i videnskabelige metoder*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Benner, P. og Wrubel, J. (1989). *The Primacy of Caring – stress and coping in health and illness*. Menlo Park, California: Addison-Wesley Publishing Company.

Dahl, A.A. (2013). Psykiske symptomer og lidelser. I: J.H. Loge et al. (red.). *Kreftoverlevende. Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. 5. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Document et al. (2012). Breast Cancer Survivors' Perception of Survivorship. *Oncology Nursing Forum* 39 (3):309-315. doi: 10.1188/12.ONF.309-315

Ekeland, T.J. (2010a). Mennesket som sosialt og kulturelt vesen. I: T.J. Ekeland et al. *Psykologi for sosial- og helsefagene*. 2. Utg. Oslo: Cappelen Damm AS.

Ekeland, T.J. (2010b). Kliniske og anvendte tema i psykologien. I: T.J. Ekeland et al. *Psykologi for sosial- og helsefagene*. 2. Utg. Oslo: Cappelen Damm AS.

Fosså, A. et al. (2013). En oversikt over kreftbehandling. I: J.H. Loge et al. (red.). *Kreftoverlevende. Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Fosså, S.D. og Kiserud, C.E. (2013). Medisinske problemer hos kreftoverlevende. I: J.H. Loge et al. (red.). *Kreftoverlevende. Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Fredriksen, K. og Beedholm, K. (2012). Analyse af forskellige former for tekstmateriale. I: S. Glasdam. (red). *Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område – indblik i videnskabelige metoder*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Grov, E.K.; Loge, J.H. og Dahl, A.A. (2013). Livskvalitet. I: J.H. Loge et al. (red.). *Kreftoverlevende. Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N.J. (2011a) Helse og sykdom. I: N.J. Kristoffersen; F. Nordtvedt og E.A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie 1 – Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. 2. Utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kristoffersen, N.J. (2011b). Stress og mestring. I: N.J. Kristoffersen; F. Nordtvedt og E.A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie 3 - Pasientfenomener og livsutfordringer*. 2. Utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Loge, J.H. et al. (red.). (2013). *Kreftoverlevende. Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Madsen, K.H. (2012). Selvbiografier som empiri. I: S. Glasdam. (red). *Bachelorprosjekter inden for det sundhedsfaglige område – indblik i videnskabelige metoder*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

NEL (Norsk Elektronisk Legehåndbok). (2013). *Brystkreft – oversikt*. Hentet 30. Januar 2014 fra: <http://legehandboka.no/gynekologi/pasientinformasjon/brystkreft/brystkreft-1349.html>

Normannvik, E. (2014). *Brystkreft – Cancer Mammae*. Hentet 24. Januar 2014 fra: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/brystkreft/>

Salonen, P. et al. (2010). Changes in quality of life in patients with breast cancer. *Journal of Clinical Nursing* 20:255-266. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03422.x

Sherman, D.W.; Rosedale, M. og Haber, J. (2012). Reclaiming Life on One's Own Terms: A Grounded Theory Study of the Process of Breast Cancer Survivorship. *Oncology Nursing Forum* 39 (3):258-268. doi: 10.1188/12.ONF.E258-E268

Slettemoen, K.H. (2007). *Gå med hele ditt hjerte*. Skien: Cappelens Forlag AS

Svartdal, F. (2013). *Fagfelleevaluering*. Hentet 27.februar 2014 fra: <http://snl.no/fagfelleevaluering>



Sørensen, E.M. og Almås, H. (2011). Sykepleie ved brystkreft. I: H. Almås; D-G. Stubberud og Grønseth, R. (red.). *Klinisk sykepleie* 2. 4.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Thomassen, M. (2010). *Vitenskap, kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.